

Заключение. Недостаток биологического материала, необходимого для анатомической подготовки студентов-медиков, требует создания анатомических препаратов нового типа. В области макроанатомии головного мозга, мозговые пластинки, изготовленные с ко-полимером Biodur P35 и P40, являются хорошим решением. Этот процесс сдерживается продолжительностью и трудоемкостью процедуры пластинации. Приемлемым решением, сочетающим упрощенную процедуру и относительно хорошее качество приготовленных препаратов, является использование альтернативных пластифицирующих материалов, как например Norsodyne.

Norsodyne может быть успешно использован для разработки прочных анатомических срезов мозга, необходимых для обучения анатомии. Эта технология после апробации может быть внедрена в производство наглядных пособий для образовательного и просветительского процессов.

Литература

1. Борзяк, Э.И. Руководство по пластинации или новая технология изготовления анатомических препаратов / Э.И. Борзяк, А.К. Усович, И.Э. Борзяк, С.Ю. Тузова // Под ред. А.К. Усовича. – Витебск: ВГМУ, 2009. – 154 с.
2. Старчик, Д.А. Методические основы пластинации распилов тела / Д.А. Старчик // Морфология. – 2015. – Т. 148, № 4. – С. 56-61.
3. Техника изготовления анатомических препаратов: руководство / Э.И. Борзяк, А.К. Усович, И.Э. Борзяк, С.Ю. Тузова, А.А. Ромашев, В.Ю. Череминский / Под ред. А.К. Усовича, Э.И. Борзяка. – Витебск: ВГМУ, 2010. – 317с.
4. Henry, R. Polyester plastination of biological tissue: P40 technique for brain slices / R. Henry, R. Latorre // J Int Soc Plastination, 2007, 22:59-68.
5. von Hagens, G. Plastination of brain slices according to the P40 procedure. A step-by-step description. – Heidelberg, 1994. – 23 p.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИМУЛЯЦИОННОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ.

Талаш О.В., Редненко В.В., Редненко Л.И.

Учреждение образования «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», г. Витебск, Республика Беларусь

В последние годы симуляционное обучение высокими темпами внедряется в систему, как среднего, так и высшего медицинского образования. Но, в процессе этого сформировалось крайне неоднородное отношение к симуляционной форме обучения.

Некоторые клиницисты считают, что медицинское образование должно быть консервативным, ссылаясь на то, что традиционное медицинское образование, формирующее практические навыки при работе с пациентом, обеспечило функционирование системы здравоохранения в СССР, а затем и Республики Беларусь на достаточном уровне. Симуляционное обучение является не более чем данью моде и не способно развивать клиническое мышление будущего врача. Они считают, что классическая клиническая форма

обучения «у постели пациента» является краеугольным камнем формирования практических компетенций. Кроме этого, по мнению представителей данной группы, законодательство Республики Беларусь позволяет проводить обучение будущих врачей и медицинских сестер в организациях здравоохранения, работая с реальными пациентами.

К сожалению, эта точка зрения привела к тому, что освоение большого количество практических компетенций «у постели пациента» просто декларируется в учебных программах, а в реальности необходимые уровни освоения «делать» и «показать, как» заменены получением знаний уровня «знать» и «знать, как» из-за невозможности освоения данных практических навыков в клинической среде.

Приверженцы симуляционного обучения демонстрируют видение данной проблемы с другой точки зрения. По их мнению, симуляционное обучение на современном этапе развития медицинского образования является единственной формой обучения, позволяющей не просто увидеть и рассказать о технике их выполнения, а реально освоить большинство практических навыков, продемонстрировав их выполнение на симуляторе. При этом такое обучение проводится в условиях отсутствия риска нанесения вреда пациенту, обеспечив оптимальные условия освоения (кратность, длительность и график тренировок). Обучение инвазивным и дорогостоящим манипуляциям на пациенте проводить нецелесообразно, как технически и экономически, так и по этическим и юридическим соображениям. В настоящее время подготовка врачей отдельных специальностей: хирургов-эндоскопистов, гинекологов, анестезиологов-реаниматологов, стоматологов, практически невозможна без применения симуляционных технологий.

В то же время, опыт симуляционного обучения показывает, что никакой, даже самый продвинутый тренажер, не сможет заменить практику работы с реальным пациентом и изолированно симуляционная форма обучения никогда не позволит добиться высокого уровня компетентности медицинского специалиста.

Чтобы разобраться в данной проблеме нами были проведены исследования всего комплекса профессиональных практических навыков, преподаваемых в медицинском университете. Было проанализировано 913 практических навыков, формирующих практическую компетентность будущих врачей. Использовалась экспертная форма оценки по следующим показателям: возможность отработки и аттестации практического навыка всеми обучающимися в клинической или симуляционной форме.

По возможности освоения практических навыков результаты исследования позволили разделить все практические навыки на 4 группы (рис. 1).

Клиническая	Группа 1 10,4%	–практические навыки могут быть освоены <u>только</u> при клиническом обучении, симуляционное обучение не применяется
Клиническая Симуляционная	Группа 2 24,6%	–практические навыки формируются <u>в основном</u> при клиническом обучении, симуляционное обучение является дополнением клинического обучения
Клиническая Симуляционная	Группа 3 31,8%	–практические навыки <u>сложно</u> сформировать только при клиническом обучении, используется двухэтапная система подготовки: первый этап – симуляционное, второй этап – клиническое обучение
Симуляционная	Группа 4 34,2%	–практические навыки, которые <u>невозможно</u> отработать при клиническом обучении, используется симуляционное обучение

Рис. 1. Формы освоения практических навыков.

Группа №1 (10%) – практические навыки могут быть освоены только в клинической среде: например, такие как “ревизия брюшной полости”, “первичная хирургическая обработка раны” и др. Симуляционное обучение не применяется, как правило, по техническим причинам (отсутствие симуляторов на определенные практические навыки). Данная группа имеет тенденцию к сокращению.

Группа №2 (25%) – неинвазивные практические навыки, которые формируются, в основном, при клиническом обучении, а симуляционное обучение “дошлифовывает” их отдельные элементы. Наиболее ярким примером являются навыки обследования пациента (аускультация легких и сердца, пальпация и др.).

К группе №3 (30%) нами были отнесены практические навыки, которые сложно сформировать только при клиническом обучении, наиболее эффективна двухэтапная система подготовки: первый этап – симуляционное обучение, второй этап – клиническое обучение. В данную группу входят навыки мероприятий по уходу за пациентом, медсестринские и многие врачебные манипуляции, лапароскопическая хирургия и эндоскопическая диагностика, акушерско-гинекологические, неонатологические, реанимационные навыки.

Кроме этого существует группа №4 (35%) практических навыков, которые невозможно отработать к клинике, а только при симуляционном обучении: реанимация, дефибрилляция, коникотомия, пункции, эндоскопическая хирургия и диагностика и другие инвазивные манипуляции, мероприятия оказания экстренной и неотложной медицинской помощи.

Таким образом, наши исследования показали, что успешное формирование практических компетенций специалистов медицинского профиля может осуществляться только в условиях рационального использования как клинической, так и симуляционной формы обучения, где консенсус достигается не с точки зрения традиционализма или новаторства, а целесообразности и эффективности подготовки и аттестации специалистов.

Как правило, имеющиеся учебные программы, не учитывают симуляционную форму обучения. Использование симуляционной формы

обучения пока еще остается прерогативой отдельных кафедр и преподавателей-энтузиастов.

Необходима ревизия учебных планов и программ, внесение изменений и дополнений, которые повысят практикоориентированность обучения с учетом целесообразного и эффективного использования клинической и симуляционной форм формирования профессиональных компетенций врача.

ОПЫТ СОЗДАНИЯ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА ПО ДИСЦИПЛИНЕ “КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА”

Тихон Т.В., Телепнева Е.Ю., Гребенников И.Н.

*Учреждение образования «Витебский государственный ордена Дружбы
народов медицинский университет», г. Витебск, Республика Беларусь*

На современном этапе развития медицины лабораторные методы исследования для современного врача являются значительным источником диагностической информации и в сочетании с данными клинического обследования позволяют руководствоваться ими в терапевтической деятельности. В связи с этим, преподавание клинической лабораторной диагностики в высших медицинских учебных заведениях принадлежит к числу актуальных проблем общей подготовки врачей.

Дисциплина «Клиническая лабораторная диагностика» в Витебском государственном медицинском университете преподается на кафедре общей и клинической биохимии с курсом ФПК и ПК для студентов 6 курса лечебного факультета профилей субординатуры “Терапия”, “Общая врачебная практика”. Всего на изучение учебной дисциплины отводится 36 академических часов, из них 21 час аудиторный и 15 часов самостоятельной работы студента.

Современная инновационная образовательная среда, отвечающая требованиям “Университета 3.0”, должна включать использование творческих практико-ориентированных приемов. Для обеспечения высокого качества практико-ориентированного обучения во всех видах учебных занятий и самостоятельной работы нами разработан учебно-методический комплекс. Приоритетной задачей являлась интенсификация у студентов процесса поиска, получения и накопления новых знаний, умений и навыков, способствующих активизации познавательной и изобретательской деятельности обучаемых, что приводит к формированию новых идей и мнений и принятию нестандартных решений для успешной разработки и внедрения наукоёмких технологий, реализации реальных бизнес-процессов.